

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ROTURAS DEL TENDÓN CUADRICIPITAL.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA

García Morillas, Verónica¹; Cobo Cervantes, Clara E. ²; Marquina Ferrer, Hugo ²; Vargas San Gil, Maritere¹; Navarro Ortiz, Ramón²; Velasco Medina, José Antonio³.

1 Médico Interno Residente C.O.T., 2 Médico Adjunto C.O.T., 3 Jefe de Servicio C.O.T., Hospital U. de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rotura del tendón cuadricipital es una lesión relativamente poco frecuente pero grave que requiere un diagnóstico y un tratamiento precoces¹.

Es más frecuente en mayores de 40 años^{1,7} y a menudo se asocia con procesos médicos subyacentes como gota, diabetes o consumo de esteroides^{5,7}.

Los hallazgos clínicos típicos son dolor agudo, imposibilidad para extender la rodilla de forma activa y un defecto suprarrotuliano^{1,3}.

Para confirmar el diagnóstico podemos solicitar técnicas de imagen, especialmente la ecografía³.

El tratamiento de elección de las roturas completas es la reparación quirúrgica en las primeras 48-72 h, que se puede realizar mediante diferentes técnicas, aunque las lesiones incompletas pueden tratarse de forma conservadora en pacientes con baja demanda funcional^{2,3,4,6,7}.

El objetivo de este estudio es analizar los casos de rotura del tendón cuadricipital registrados en el Hospital de Torrevieja y su evolución tras ser intervenidos quirúrgicamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo. Se recuperaron 30 casos de rotura primaria del tendón cuadricipital con etiología traumática o espontánea en 28 pacientes, intervenidos entre 2006 y 2018.

Se analizaron variables epidemiológicas: sexo, edad, antecedentes personales, IMC; variables clínicas: lateralidad, dolor (medido mediante escala subjetiva EVA); radiológicas: ecografía (distancia en mm hasta inserción tendinosa); quirúrgicas: técnica de reparación, uso o no de isquemia durante el acto quirúrgico (tiempo); y el seguimiento postquirúrgico: Inmovilización (tipo y tiempo), rehabilitación (tiempo), escalas (WOMAC Score y Knee Society Score) y complicaciones.

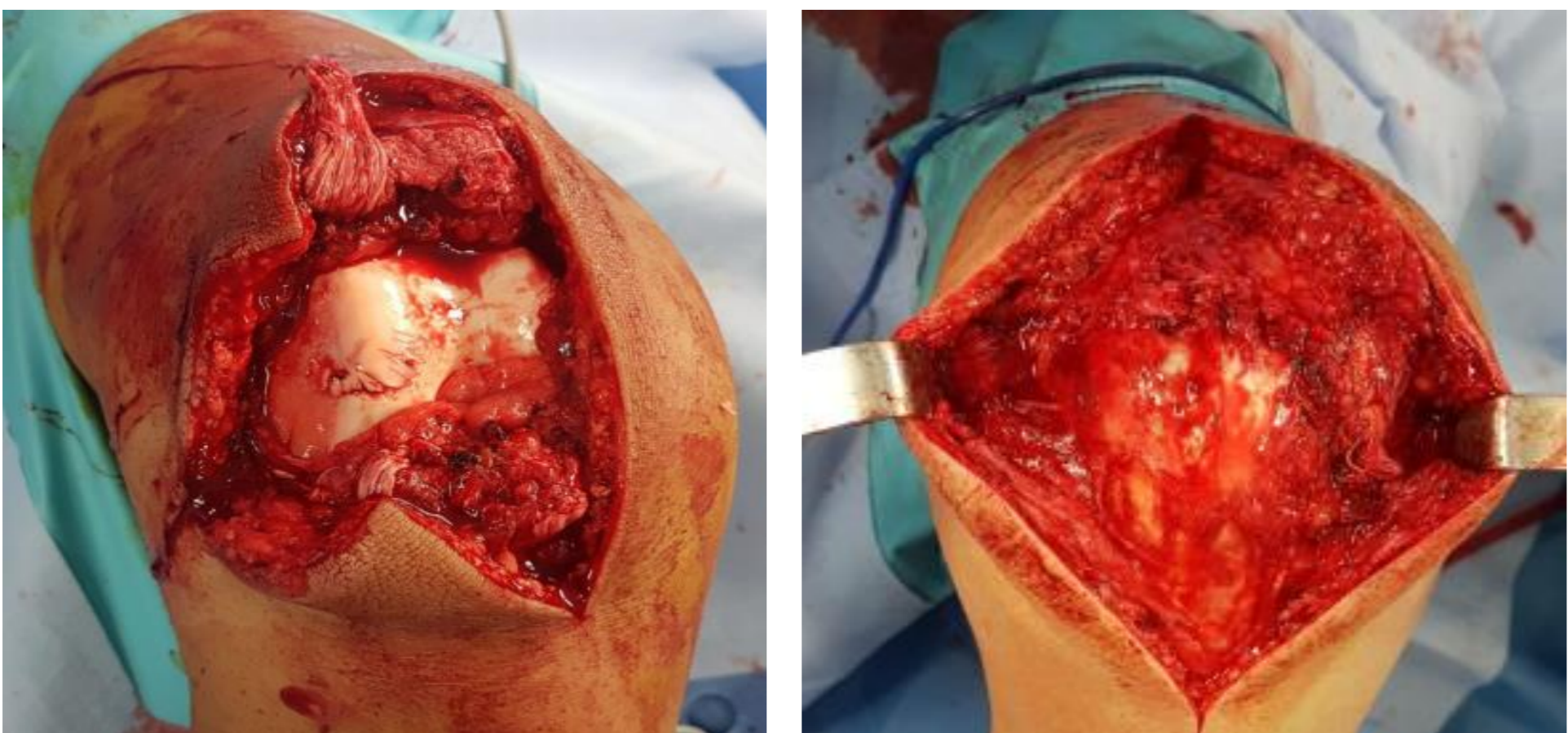


Imagen izquierda: Rotura traumática del tendón cuadricipital asociada a fractura de la tróclea femoral. Imagen derecha: Tendón cuadricipital reparado mediante sutura tipo Krakow.



Imagen izquierda: Rotura de tendón cuadricipital. Imagen central: Reparación del tendón cuadricipital mediante anclajes óseos. Imagen derecha: Radiografía de control postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doron I. Ilan et Al. Rotura del tendón cuadricipital. J Am Acad Orthop Surg 2003; 11:192-200
2. Maffulli, Nicola; Papalia, Rocco; Torre, Guglielmo; Denaro, Vincenzo. Surgical Treatment for Failure of Repair of Patellar and Quadriceps Tendon Rupture With Ipsilateral Hamstring Tendon Graft. Sports medicine and arthroscopy review. 2017; 25 (1):51-55
3. Ibounig, T; Simons, T A; Etiology, Diagnosis and Treatment of Tendinous Knee Extensor Mechanism Injuries. Scandinavian journal of surgery. 2016; 105 (2): 67-72
4. Mille, F; Adam, A; Aubry, S; Leclerc, G; Ghislandi, X; Sergeant, P; Garbuio, P; Prospective multicentre study of the clinical and functional outcomes following quadriceps tendon repair with suture anchors. European journal of orthopaedic surgery & traumatology. 2016; 26 (1), pags 85-92
5. Garner, Matthew R; Gausden, Elizabeth; Berkes, Marshall B; Nguyen, Joseph T; Lorch, Dean G; Extensor Mechanism Injuries of the Knee: Demographic Characteristics and Comorbidities from a Review of 726 Patient Records. Journal of bone and joint surgery, American volume. 2015; 97 (19): 1592-1596
6. Severyns, M; Renard, G; Guillou, R; Odri, G A; Labrada-Blanco, O; Rouvillain, J L; arthroscopic suture repair of acute quadriceps tendon ruptures. Orthopaedics & traumatology, surgery & research. 2017
7. Negrin, Lukas L; Nemecek, Elena; Hajdu, Stefan; Extensor mechanism ruptures of the knee: differences in demographic data and long-term outcome after surgical treatment. Injury. 2015; 46 (10): 1957-1963

RESULTADOS

Al analizar el sexo, vemos una gran mayoría de pacientes varones (23 hombres y 5 mujeres). Además, los 2 casos bilaterales registrados se produjeron en hombres.

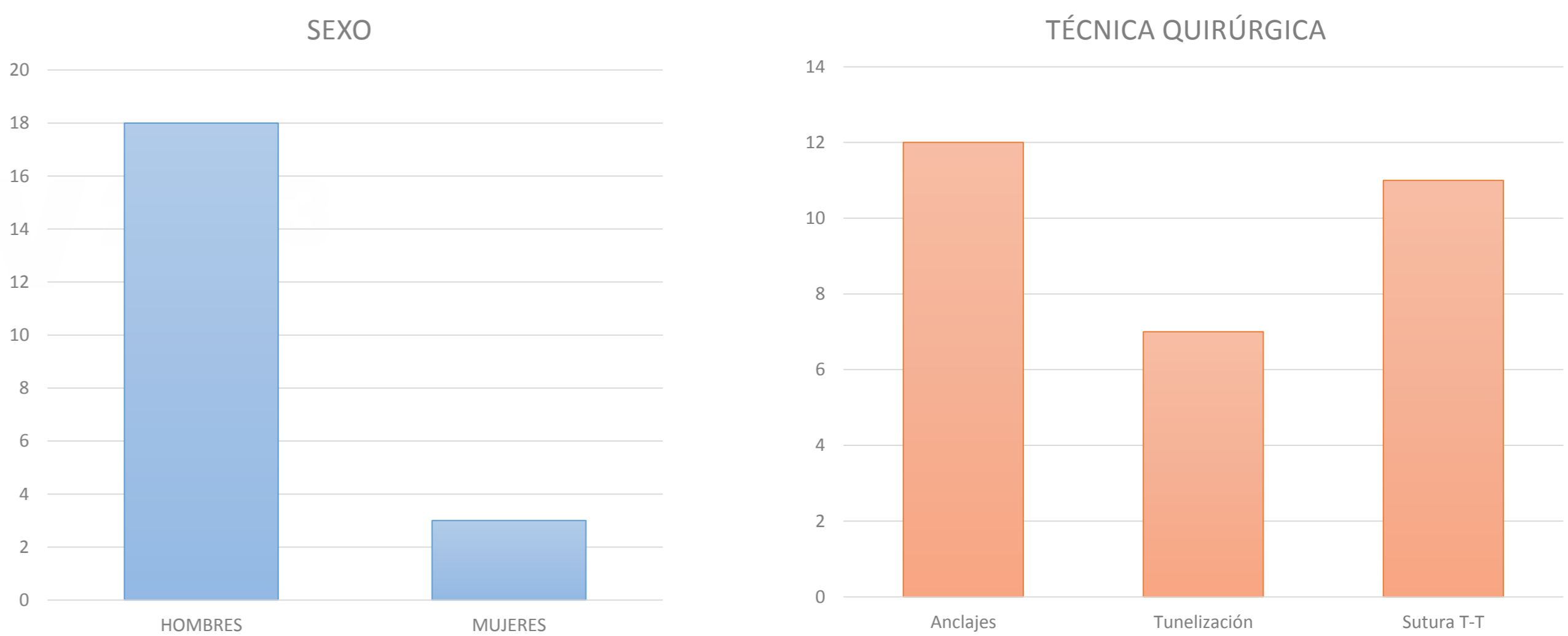
Respecto a la edad, observamos edades comprendidas entre 17 y 80 años, con una media de 66,6 años. Destacar que las mujeres se encontraban en los grupos de edad más altos.

En la lateralidad, se aprecia un ligero predominio del lado izquierdo sobre el derecho (16 frente a 14 casos).

El mecanismo de lesión más frecuente fue la caída casual. En 4 pacientes las lesiones fueron degenerativas y se produjeron por sobreesfuerzo.

Al diagnóstico, los pacientes referían un dolor intenso (7 a 10 puntos en la escala EVA del dolor). Se solicitó una ecografía como prueba de imagen confirmatoria del diagnóstico en la mitad de los pacientes del estudio.

Respecto a la técnica quirúrgica empleada, en 11 casos se realizó una sutura termino-terminal de ambos cabos tendinosos (sutura continua bloqueada tipo Krakow); en 12 casos se utilizaron anclajes óseos con sutura y en 7 se reparó el tendón mediante tunelización a través de la rótula. En cuanto a la isquemia intraoperatoria, se observa una tendencia a utilizarla cada vez menor, con un registro de 5 casos.



Todos los pacientes fueron inmovilizados tras la cirugía con la rodilla en extensión o ligera flexión. En 19 casos se colocó una férula inguinopédica durante 4-6 semanas y en los 11 restantes se colocó primero una férula inguinopédica durante 2-3 semanas y después una ortesis bloqueada con aumento de los grados de flexión progresivamente, hasta completar 6-8 semanas. En cuanto a la rehabilitación, el número de sesiones y técnicas en cada caso fue variable, dependiendo de la comorbilidad y la evolución de cada paciente.

En el seguimiento (máximo de 6 meses) observamos un porcentaje de éxito (buen balance articular y fuerza similar a contralateral) de un 90%. Las complicaciones registradas fueron un caso de rerrotura y un caso de seroma postoperatorio infectado.

CONCLUSIONES

Como conclusiones, decir que en las roturas completas del tendón cuadricipital se recomienda la reparación quirúrgica en las primeras 48-72 horas para obtener un mejor resultado funcional. Por encima de este periodo existe un alto riesgo de discapacidad residual^{1,2,3,4}.

En este estudio los resultados obtenidos con las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas son similares, y la elección de una u otra dependerá de la localización y tipo de rotura y de la técnica preferida por el cirujano responsable del paciente.